

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 23 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

MAURICE POTEL

ANCIEN INTERNE-LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Maternité — Enfants Malades)

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

DE L'ACCROISSEMENT EN POIDS

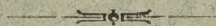
DES

Enfants nés avant terme

Président : M. TARNIER, professeur.

Juges : MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{PANAS, professeur.} \\ \text{BAR, agrégé.} \\ \text{BRUN, agrégé.} \end{array} \right.$

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

471

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 23 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

MAURICE POTEL

ANCIEN INTERNE-LAURÉAT DES HÔPITAUX
(Maternité — Enfants Malades)

LICENCIÉ ÈS SCIENCES

DE L'ACCROISSEMENT EN POIDS

DES

Enfants nés avant terme



Président : M. TARNIER, professeur.

PANAS, professeur.

Juges : MM.

BAR, agrégé.

BRUN, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladies des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND
	N ^o
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEYS	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE, DE MON FRÈRE ET DE MA SOEUR

A MA MÈRE

Souvenir de reconnaissance et d'affection.

A MES ONCLES ET A MES TANTES

Hommage affectueux.

DE L'ACCROISSEMENT EN POIDS

des Enfants nés avant terme

Les enfants nés avant terme, les prématurés, ainsi qu'on les appelle par abréviation, ont éveillé de tout temps la sollicitude des médecins. Mais il faut bien l'avouer, ce n'est que depuis peu de temps qu'ils ont été soumis à un élevage méthodique. Le premier, M. le professeur Tarnier a fait entrer dans la pratique courante les procédés d'incubation, qui ont depuis donné de si beaux résultats. La thèse de son élève Berthod, où l'on trouve d'éloquents statistiques, démontrant les bienfaits de la couveuse, ont encore facilité la vulgarisation de la méthode.

Depuis lors la couveuse s'est elle-même perfectionnée, et si le principe est resté le même, il n'est que juste de reconnaître que les appareils de construction récente, tels que la couveuse modifiée par M^{me} Henry, ont marqué un pas sérieux en avant. Cette dernière couveuse, construite tout entière en verre, sauf les montants qui

sont en métal, ainsi que le réservoir, satisfait nos idées actuelles d'asepsie. Nous la préférons, pour notre part, à des couveuses plus perfectionnées munies d'avertisseurs de température, mais par cela même peut-être exigeant une surveillance constante et des réparations fréquentes. D'ailleurs, si l'on peut déjà regretter le prix élevé des couveuses en verre, qui en rend difficile jusqu'à nouvel ordre l'introduction dans le domaine civil, que dire du prix excessif de ces véritables étuves ?

D'autre part de grands efforts ont été faits également au point de vue de l'alimentation et même de la thérapeutique des nouveau-nés. L'adoption du lait stérilisé pour ceux d'entre eux qui ne peuvent être malheureusement nourris par les moyens naturels est sans aucun doute un progrès important. Bien supérieur au lait de vache simplement coupé — tel qu'on le donnait autrefois — il n'en reste pas moins très inférieur à l'allaitement naturel, malgré quelques observations favorables. L'allaitement naturel, aidé au besoin du gavage, tel que le fait pratiquer M. le professeur Tarnier, nous paraît répondre à toutes les indications.

L'on a fait beaucoup au point de vue du milieu respiratoire dans lequel se trouve placé l'enfant, grâce aux inhalations d'oxygène, et nous devons savoir gré à mademoiselle Landais de nous en avoir exposé les avantages hygiéniques et antiseptiques. Pour notre compte, sur les conseils de notre maître M. Labadie-Lagrave, et guidé par MM. Henocque et Labbé, nous avons essayé de vivifier l'air que respirent les prématurés, à l'aide de l'ozonateur. Les résultats que nous avons obtenus ont été fort encourageants et seront publiés un jour.

Enfin les injections de sérum artificiel, les injections

de caféine, sont venues également apporter leur appoint dans la thérapeutique naissante des prématurés.

La connaissance plus précise et plus précoce d'une de leurs maladies habituelles, la syphilis, a permis également un traitement plus prompt, traitement sauveur dans un grand nombre de cas.

Ce sont là de grandes et définitives conquêtes, qui font concevoir de légitimes espérances pour l'avenir. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que la vie de chacun de ces enfants prématurés est tout aussi précieuse que la vie de tout autre enfant, venu à terme. Notre chiffre de natalité n'est pas, en France, si élevé que nous puissions négliger l'appoint de quelques vies de plus, si fragiles soient-elles. D'ailleurs cet appoint n'est pas déjà si négligeable si l'on pense que Hugenberg, observant à Moscou, constatait que les enfants prématurés fournissaient 8 ou 9 pour 100 du chiffre total des naissances.

Il nous a été donné d'observer les enfants nés prématurément dans un milieu tout spécial, qui leur est consacré. M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, a bien voulu nous admettre à l'observation constante des enfants nés prématurément, dans la Crèche des Enfants débiles, dont elle a été la fondatrice à la Maternité. Nous avons pu voir là, synthétisés pour ainsi dire, tous les procédés thérapeutiques dont nous venons de parler, et nous avons même conçu l'ambitieux projet d'écrire une histoire complète des enfants prématurés. Nous avons dû reconnaître que cette tâche était au-dessus de nos forces et qu'il faudrait, pour cela, une expérience et une science que nous ne possédons pas.

Aussi nous sommes-nous résigné à restreindre, dans des limites beaucoup plus étroites, le sujet de notre étude

inaugurale et à examiner simplement quel était le mode d'accroissement en poids des enfants prématurés.

Mais avant tout, nous devons remercier nos maîtres dans les Hôpitaux et tous ceux qui ont facilité nos études médicales.

Externe de MM. les D^{rs} Quénu, Danlos, Besnier, nous leur conservons une sympathique et respectueuse reconnaissance.

Nous avons eu l'honneur et le plaisir d'être pendant un an l'interne provisoire de M. le D^r Gaucher. Nous ne pourrions jamais oublier la véritable amitié dont il a fait preuve à notre égard. Nous espérons avoir tiré profit de ses bonnes leçons.

Interne de M. de Saint-Germain, nous avons eu également le très grand honneur d'être pendant un an l'élève de M. Simon. Les enseignements de ces deux maîtres, se complétant l'un l'autre, sont la base la plus solide de nos connaissances en pédiatrie.

M. le D^r Guéniot a bien voulu pendant un an nous admettre dans son service d'accouchement, à la Maternité. Il nous a prodigué ses conseils, et favorisé de tout son pouvoir notre éducation obstétricale.

M. le D^r Labadie-Lagrave, dont nous avons été l'interne durant un an à la Maternité, a été pour nous un véritable maître. Ses conseils bienveillants et sa sollicitude nous ont suivi en dehors même de la Maternité. Qu'il nous soit permis de l'en remercier ici profondément, et de l'assurer de notre éternelle gratitude.

Nous avons déjà eu l'occasion de prononcer le nom de M^{me} Henry et nous avons dit les facilités de travail qu'elle nous avait données. Nous avons contracté envers elle une dette de reconnaissance qu'il nous est doux de reconnaître.

Nous devons remercier également M. le Dr Henocque, qui s'est dévoué à notre éducation hémotologique.

M^{lle} Bataille nous a consacré beaucoup d'un temps précieux, tant pour nos recherches que pour divers examens d'enfants. Sa bienveillante et souriante bonne grâce ne nous feront pas oublier les recherches ennuyeuses dont elle a bien voulu se charger pour nous.

M. le Professeur Tarnier a bien voulu accepter la présidence notre thèse. Nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous fait.

Les enfants prématurés que nous avons eu l'occasion d'observer, proviennent de deux origines différentes : les uns sont nés à la Maternité, et mis le plus souvent immédiatement en couveuse ; — les autres, au contraire, venant de la ville, ne sont placés dans ce milieu approprié que plus tardivement. Quoi qu'il en soit, les uns et les autres sont soumis au même régime d'élevage, dont nous devons dire quelques mots.

La couveuse qui est employée actuellement reproduit dans ses grands traits le type de couveuse créé par M. le professeur Tarnier. Mais elle a été modifiée suivant les indications de M^{me} Henry. Elle forme une boîte rectangulaire en verre, montée sur pieds en métal et dont les montants sont en métal également. Tout le reste est composé de glaces. La hauteur est de 18 centimètres, la largeur de 75 centimètres, la longueur de 70 centimètres. Le cubage en est par conséquent de 94,500 cent. cubes. A vingt centimètres au-dessus du fond, se trouve une tablette en verre, sur laquelle repose l'enfant. La ventilation se fait de la façon suivante : La glace qui forme le fond de la boîte n'en atteint pas le bord antérieur ; entre eux, il existe sur toute la longueur un espace de 12 centimètres. De même la face antérieure n'atteint pas

le bord supérieur de la monture et laisse un espace plus étroit que le précédent, par lequel s'échappe l'air. Cette disposition est heureuse, en ce qu'elle ne permet pas la chute des poussières de l'air ambiant dans la couveuse. C'est une particularité sur l'importance de laquelle M^{lle} Landais a appelé l'attention. Enfin la tablette sur laquelle repose l'enfant est disposée de telle sorte que l'air la contourne, s'échauffant au contact du réservoir pour s'échapper par la partie supérieure.

Ce réservoir métallique en cuivre, pour l'eau chaude, est de forme rectangulaire, d'une capacité de seize litres environ. Il est situé dans le compartiment inférieur, mobile sur des roulettes, et peut être retiré de la couveuse par une petite porte située en avant de celle-ci, et de la hauteur du compartiment inférieur. Il présente d'ailleurs un tuyau de vidange, muni d'un robinet, et un entonnoir situés au dehors de la couveuse, qui permettent de renouveler l'eau sans toucher au réservoir.

Cette couveuse, ainsi disposée, peut être lavée à l'intérieur aussi souvent que cela paraît convenable. Toutes les fois que l'on y met un nouvel enfant, on la lave à la liqueur de Van Swieten. Si l'enfant qui l'habitait précédemment, a succombé à une broncho-pneumonie, la couveuse sera désinfectée à l'acide sulfureux. La Crèche possède d'ailleurs des chambres d'isolement pour ces petits malades.

Notons encore qu'à l'intérieur de la couveuse se trouve suspendu un tampon d'ouate hydrophile, imbibé d'eau et destiné à empêcher le dessèchement de l'air. Le chauffage de la couveuse se fait à l'eau bouillante. Il suffit, trois fois par vingt-quatre heures, à intervalles réguliers, de soutirer dix litres d'eau pour les remplacer par dix autres litres

d'eau bouillante. Lorsque ce remplissage est très exactement fait, la température reste absolument constante, ainsi que nous avons pu nous en assurer à l'aide du thermographe enregistreur de Richard. Il n'y a pas alors de crochets, mais une véritable ligne droite. Dans les conditions ordinaires du service, on trouve, par vingt-quatre heures, un crochet, indiquant une chute de un degré environ à l'heure la plus froide de la nuit.

La température peut d'ailleurs être maintenue à un taux plus ou moins élevé, en augmentant ou en diminuant la quantité d'eau soutirée, que l'on remplace par de l'eau bouillante. La température moyenne que l'on recherche est de 30°, mais elle doit être un peu plus élevée, si l'enfant est d'un terme peu avancé. Elle sera de 32° pour un enfant de 6 mois 1/2, de 33 à 34° pour un enfant présentant du sclérème généralisé.

Il faut remarquer, d'autre part, que la couveuse est placée dans une pièce chauffée, dont la température reste à peu près constante. Cette température est élevée, puisque le thermographe montre qu'elle reste aux environs de 20° avec des oscillations de deux degrés en plus ou en moins. (Le graphique a été pris en avril.)

D'une façon générale, on place dans la couveuse les enfants de moins de 2,000 gr. On y place, en outre, tous les enfants présentant du sclérème et tous les débiles.

Les autres enfants nés prématurément sont hospitalisés dans la grande pièce, à température à peu près constante, dont nous venons de parler.

Le change des enfants, ainsi que la tétée, se font dans une pièce dont la température varie entre 22° et 25°. Il est impossible d'aller au delà sans nuire à la santé du personnel.

On retire les enfants de la couveuse lorsque la feuille de poids indique qu'ils font une augmentation constante et journalière, et qu'ils ont dépassé 2,000 gr. On ne les en sort pas brusquement, mais on diminue peu à peu la température de la couveuse, de un degré environ, par jour, pendant quatre ou cinq jours.

Les enfants sont emmaillotés, suivant le mode habituel, mais leur maillot est maintenu très lâche, et sur la peau on applique directement une sorte de surtout de ouate, destiné à empêcher encore les déperditions de chaleur.

Les seuls inconvénients imputables à la couveuse sont quelquefois de petites éruptions sudorales, sans importance. Cependant il n'y a pas d'intérêt à laisser les enfants trop longtemps en couveuse, car ils semblent, par un séjour prolongé sans nécessité, s'y anémier légèrement. Ils prennent alors un teint blanchâtre spécial.

Un certain nombre d'enfants prématurés ont été soumis à l'influence de l'ozone. Pour cela, nous avons employé l'appareil du Dr Labbé : le tube était suspendu à l'intérieur de la couveuse fermée ; l'appareil générateur de l'électricité, un accumulateur et une grosse bobine de Rhumkoff, étaient placés au dehors. L'examen hématoscopique nous a montré que les enfants en tiraient bénéfice, tant au point de vue de la quantité d'oxyhémoglobine que de l'intensité de réduction. Quant aux résultats cliniques, le problème est trop complexe, pour que nous puissions conclure.

Les enfants atteints de cyanose et ceux qui présentaient des crises d'asphyxie sont soumis aux inhalations d'oxygène.

Les enfants sont baignés tous les jours lorsqu'ils sont sortis de la couveuse, et bien portants, les autres sont

simplement lotionnés à l'eau chaude et frictionnés, légèrement massés, suivant les recommandations de M. Guéniot. On lave très soigneusement l'orifice des fosses nasales, parce qu'il est bien démontré que beaucoup de broncho-pneumonies ont là leur première origine, et qu'un certain nombre d'enfants à nez très aplati, sans être pour cela syphilitiques, retiennent, s'ils ne sont soumis à ce nettoyage méthodique, des mucosités nasales nuisibles.

Quant à l'allaitement, nous avons déjà dit que tous les enfants prématurés étaient soumis à l'allaitement naturel. Pour cela, la Crèche comporte dans son personnel un nombre variable de nourrices. Ces nourrices conservent leurs enfants qui sont placés dans une pièce à part. On a été guidé en cela par des raisons d'humanité d'abord, puis par l'intérêt même des enfants prématurés que l'on confie à ces nourrices. L'on a remarqué en effet que les nourrices qui, pour une cause ou l'autre, étaient privées de leurs enfants, perdaient peu à peu leur lait. Il y a là une influence morale certaine, mais il faut y joindre aussi une raison mécanique. Les enfants prématurés sont peu vigoureux et prennent mal le sein ; ils excitent ainsi faiblement le pouvoir sécréteur de la glande.

Un certain nombre d'entre eux ne prenant pas le sein, on est obligé littéralement de procéder à un véritable trayage que fait la nourrice elle-même. Cette dernière manœuvre est encore défectueuse au point de vue de la glande. En un mot, il y a intérêt à faire téter la nourrice par un enfant vigoureux, en même temps que par un faible prématuré. C'est là un fait un peu paradoxal, mais qui semble bien démontré. Aussi irions-nous, en ville, jusqu'à conseiller aux parents d'un enfant prématuré, de prendre le nourrisson en même temps que la nourrice. L'intérêt des deux enfants serait ainsi sauvegardé.

Une bonne nourrice, dans ces conditions très favorables, peut fournir au maximum 1.800 grammes de lait par jour : en moyenne de 1.200 à 1.600 grammes.

Cependant, à la Crèche des Enfants débiles, le nombre des prématurés n'étant pas en rapport avec celui des nourrices — et leur étant très supérieur — chacune d'elles reçoit plusieurs enfants prématurés, et l'on a dû pourvoir à l'alimentation supplémentaire des enfants de nourrice. Ceux-ci reçoivent une tétée sur deux de lait stérilisé à l'autoclave. Le résultat pour les enfants de nourrices a répondu à l'attente — et la plupart de ces enfants sont sortis bien portants — avec un poids normal. Il serait cependant sans aucun doute préférable que chaque nourrice ne reçût à sa charge qu'un enfant prématuré.

Trois modes sont employés au point de vue de l'introduction du lait.

Les enfants dont on connaît les antécédents, qui ne peuvent être soupçonnés de syphilis et qui sont assez vigoureux, prennent directement le sein ; ceux dont on ne connaît pas les antécédents et qui sont assez vigoureux ne prennent le sein que par l'intermédiaire d'une téterelle. Les enfants syphilitiques sont nourris au verre. Les verres, de forme conique, sont gradués et présentent un large bec à bords épais. Nous croyons que l'on pourrait sans inconvénient faire téter les enfants syphilitiques par l'intermédiaire d'une téterelle, mais il faudrait pour cela une surveillance très étroite ; il faudrait également prévenir la nourrice des dangers qu'elle peut courir par le contact direct de l'enfant : c'est là d'ailleurs une précaution qui doit être strictement suivie pour tous les enfants syphilitiques, que l'on confie à une nourrice.

La tétérèlle dont on se sert est la tétérèlle de M^{me} Henry, qui, munie d'un long tube de caoutchouc, permet à la nourrice de tirer elle-même son lait. Les enfants prématurés, qui ne peuvent prendre le sein, sont nourris au verre, ou mieux gavés, suivant la méthode de M. Tarnier. Tout enfant qui diminue de poids pendant une période de deux ou trois jours doit être gavé.

La gaveuse employée est très simple, et se compose d'une cupule en verre de faibles dimensions, à l'extrémité de laquelle se trouve un petit tube en caoutchouc rouge, semblable à une sonde de femme. M. Berthod indique comme calibre, dans sa thèse, les n^{os} 14 à 16 de la filière Charrière.

La quantité de lait à introduire par le gavage est indiquée par l'enfant lui-même. On voit en effet le lait cesser de pénétrer, dès que l'estomac est rempli. Aller systématiquement au delà, c'est s'exposer à voir le lait rejeté de suite ou plus tard sous la forme de lait caillé. Quant à la répétition fréquente du gavage, c'est là ce nous semble une question encore à l'étude. A la crèche de la Maternité, les gavages se faisaient aux mêmes heures que les tétées.

La gaveuse sert également à pratiquer des lavages de l'estomac. Ces lavages sont indiqués toutes les fois que l'enfant vomit dans l'intervalle des tétées, surtout si les vomissements sont acides et fétides. Ils sont faits avec de l'eau de Vichy, et précèdent immédiatement le gavage. On les répète deux ou trois fois par vingt-quatre heures.

A la Crèche des Enfants débiles, on a adopté comme règle de ne faire téter les enfants prématurés que neuf fois par vingt-quatre heures. Nous espérons démontrer,

par quelques courbes, que les enfants prospèrent très bien avec ce nombre restreint de tétées.

Tels sont, sans commentaires, les procédés d'élevage que nous avons vu employer. Il était nécessaire de les résumer, au moins brièvement, avant d'en étudier les résultats.

L'étude de l'accroissement en poids des nouveau-nés prématurés comporte deux parties distinctes ; la première, la plus importante, se rapporte à la moyenne de leur accroissement en poids par jour. La seconde est l'étude de la façon dont se répartit l'accroissement en poids dans les diverses périodes qui suivent la naissance.

Nos statistiques portent sur 173 enfants compris entre les termes de six mois $1/2$ et de huit mois. Ces enfants sont sortis vivants et bien portants de la Maternité, après une période de temps que nous indiquerons en moyenne pour chaque terme. Nous n'avons pu donner de chiffres concernant les enfants du terme de six mois, les quantités sur lesquelles nous aurions eu à opérer étant par trop minimes. En effet, sur 26 enfants du terme de six mois, un seul est sorti vivant après cinquante-cinq jours de séjour. Son poids à l'entrée était de 1,700 gr. (le jour même de sa naissance), le poids à la sortie était de 2,530 gr. Nous donnons ces chiffres comme intéressants, mais nous ne pouvons établir une moyenne quelconque sur ce cas unique.

D'autre part, nous n'avons pu donner non plus de moyenne d'accroissement pour les enfants de huit mois $1/2$. La plupart d'entre eux, en effet, d'un poids se rapprochant du poids moyen des nouveau-nés à terme, ne sont pas mis en couveuse, et ne sont pas apportés à la Crèche des Enfants débiles. D'autre part, ceux qui l'ont été, ne l'ont été qu'en petit nombre, leur survie a été

considérable, puisque nous trouvons 11 enfants vivants sur 13 entrants. Leur durée de séjour a été faible, puisqu'ils ne sont restés en moyenne que 19 jours. Enfin il est certain que la détermination du terme devient très difficile quand on arrive à cette période, et que les enfants du terme de huit mois $1/2$ mis en couveuse sont autant des enfants débiles que des enfants prématurés.

Par conséquent nos recherches n'ont porté que sur les enfants de 6 mois $1/2$, 7 mois, 7 mois $1/2$ et 8 mois.

Une remarque encore s'impose. Nos statistiques, en ce qui concerne la survie, sont notablement inférieures à d'autres statistiques publiées antérieurement et prises sur les registres de la même Maternité. C'est ainsi que si l'on consulte la thèse de Berthod à ce sujet on y trouvera des chiffres bien supérieurs aux nôtres.

Mais nous ferons remarquer que les statistiques de Berthod ne portent que sur des enfants sortis encore très jeunes de la Maternité, puisque la moyenne de leur séjour ne dépasse pas dix jours. Or, la mortalité frappe les prématurés bien au delà de ce terme, en tant même que prématurés. La moyenne de séjour pour nos enfants est de quatre-vingt-deux jours pour les enfants de six mois et demi, de vingt-huit jours pour les enfants de huit mois. Après ces périodes on peut dire que si la vie de l'enfant n'est pas assurée, tant sans faut! au moins les premiers et les plus graves dangers sont passés. Dans la période intermédiaire, de nombreux enfants ont succombé.

Il nous paraît bon également d'appeler l'attention sur ce fait que la Crèche des Enfants débiles est très habituellement considérée par les gens du dehors comme un hôpital, où l'on apporte de préférence les enfants chétifs et malades. Nous aurions pu expurger nos statistiques

de tous les enfants apportés mourants, morts le lendemain ou le surlendemain de leur entrée, nous ne l'avons pas voulu, désirant conserver une portée générale à ces statistiques.

Durant l'année 1894, sur laquelle portent nos statistiques, il est entré 56 *enfants du terme de six mois et demi*, 11 de ces enfants ont survécu.

La survie a été par conséquent de 19,6 %.

La mortalité de 80,4 %.

La moyenne d'augmentation en poids, par jour et par enfant, a été de 9 gr. 4 par jour pour les *enfants vivants*. La durée moyenne du séjour a été de quatre-vingt-deux jours pour les *enfants vivants*. La durée extrême de séjour a été de six mois et demi pour un enfant syphilitique de 1,340 gr., — sorti avec un poids de 1,890 gr. — et dont nous aurons d'ailleurs à parler plus loin. La limite minima de séjour a été de 46 jours — avec un poids d'entrée de 1,330 grammes et un poids de sortie de 2,070 — ce qui donne un poids d'augmentation de 16 grammes par jour.

131 *enfants du terme de 7 mois* ont été reçus.

55 ont survécu, après un séjour dont la moyenne a été de 51 jours.

La survie a été par conséquent de 41,9 %.

La mortalité de 58,1 %.

La moyenne de l'augmentation du poids par enfant et par jour a été de 11 gr. 5.

53 *enfants du terme de 7 mois 1/2* ont été reçus.

36 ont survécu.

Soit 69,9 % de survie, 30,1 % de mortalité.

La moyenne du séjour pour les enfants survivants a

été de 38 jours. L'augmentation moyenne de poids a été de 13 gr. 8.

Il est entré :

110 *enfants au terme de 8 mois* ;

71 ont survécu après un séjour dont la moyenne a été de 28 jours.

La survie a été de 64,5 %.

La mortalité de 35,5 %.

L'augmentation moyenne en poids pour chaque enfant survivant a été de : 22 gr. 8 par jour.

L'on remarquera que l'augmentation moyenne du poids se rapproche d'autant plus de la normalité que le terme est plus avancé, tout en lui restant toujours très inférieure, puisque chez l'enfant à terme, durant le premier mois, la moyenne d'augmentation est d'au moins 25 gr. par jour (Bouchaud). La durée du séjour, qui ne fait que traduire la nécessité de soins particuliers, a été d'autant plus longue que le terme était moins élevé.

Il nous a semblé intéressant également de donner la moyenne, en poids, de la quantité de lait que prennent les enfants de différents termes lorsqu'ils prospèrent, et de la rapprocher de leur moyenne en poids. Pour calculer ce poids moyen, nous avons pris pour terme le plus grand nombre possible d'enfants entrés le jour même de leur naissance, ou le lendemain, et nous avons divisé la somme des poids par le nombre d'enfants examinés.

C'est ainsi que pour le terme de *six mois et demi* nous trouvons un poids moyen de 1,408 grammes (examen portant sur 37 enfants).

L'enfant Br... du terme de six mois et demi entre à la Crèche le lendemain de sa naissance (29 janvier 1894).

Son poids d'entrée est de 1,380 gr. L'enfant ne présente pas de sclérème. Il a séjourné à la crèche jusqu'au 12 avril. Son poids de sortie était de 2,070 gr. Les moyennes de ses tétées pendant les diverses semaines de son séjour ont été :

1 ^{re} semaine.	87 gr. par jour.	
2 ^e —	145	—
3 ^e —	184	—
4 ^e —	202	—
5 ^e —	302	—
6 ^e —	284	—
7 ^e —	335	—
8 ^e —	372	—
9 ^e —	438	—
10 ^e —	418	—

Nous croyons utile de donner comme point de comparaison les mêmes moyennes pour un enfant de même terme, présentant le même poids initial, à peu de chose près, mais sclérémateux.

La petite Marthe Gou..., née en ville le 1^{er} mars 1894, au terme de six mois et demi, entre à la Crèche le 2 mars, présentant des plaques de sclérème aux deux membres inférieurs. Son poids d'entrée était de 1,360 gr., son poids de sortie de 2,140 gr. Elle a séjourné à la crèche du 2 mars au 24 juin 1894. Elle est restée en couveuse jusqu'au 7 mai.

En regard des poids moyens de lait pris par jour, — durant chaque septenaire, — nous plaçons les poids de l'enfant à la fin de chacune de ces périodes septenaires :

Poids d'entrée, 2 mars : 1.360 gr.

Poids.		Quantité quotidienne de lait.
1.230 grammes.	1 ^{re} semaine.	103 grammes.
1.210 —	2 ^e —	90 —
1.190 —	3 ^e —	125 —
1.190 —	4 ^e —	141 —
1.200 —	5 ^e —	142 —
1.220 —	6 ^e —	180 —
1.250 —	7 ^e —	174 —
1.300 —	8 ^e —	194 —
1.385 —	9 ^e —	275 —
1.460 —	10 ^e —	242 —
1.535 —	11 ^e —	262 —
1.625 —	12 ^e —	322 —
1.700 —	13 ^e —	350 —
1.805 —	14 ^e —	355 —
1.905 —	15 ^e —	385 —
2.070 —	16 ^e —	402 —

L'enfant est sortie deux jours après, le 24 juin, pesant 2.140 grammes.

Elle a été revue et pesée aux dates suivantes. Elle avait été confiée à une nourrice qui l'élevait au sein.

27 juin 1894.	2.190 gr.
21 juillet.	2.590 —
11 août	2.850 —
17 août	2.940 —
21 août	3.380 —
27 septembre . . .	3.540 —
6 octobre	3.520 —

A partir de ce moment l'enfant a été perdue de vue.

Sa nourrice paraissait insuffisante et l'on avait donné aux parents le conseil de changer leur enfant de nourrice ; quoi qu'il en soit, nous avons appris indirectement la mort de cette enfant en avril 1893, sans pouvoir en connaître la cause.

Si nous établissons les mêmes chiffres pour les enfants du terme *de 7 mois*, nous arrivons aux constatations suivantes :

Le poids moyen des enfants de 7 mois est de 1,700 gr. à la naissance (examen portant sur 59 enfants).

L'enfant Od., né en ville le 27 août 1894 — au terme de 7 mois — est apporté le jour même à la Crèche des Enfants débiles ; il est atteint de sclérème généralisé.

Il est sorti de la Maternité le 13 novembre 1894, et est resté en couveuse jusqu'au 26 octobre. Son poids d'entrée était de 1750 gr. Son poids de sortie 2050 gr.

L'élevage de cet enfant a été particulièrement difficile. Aussi mettons-nous les poids constatés à la fin de chaque semaine en regard avec la quantité quotidienne de lait prise en moyenne par l'enfant pendant le septenaire.

Poids d'entrée 1.750 grammes :

Poids		Quantité quotidienne de lait
1550 grammes	1 ^{re} semaine	152 grammes.
1515 —	2 ^e —	178 —
1525 —	3 ^e —	157 —
1580 —	4 ^e —	192 —
1580 —	5 ^e —	228 —
1620 —	6 ^e —	277 —
1650 —	7 ^e —	274 —
1725 —	8 ^e —	338 —
1820 —	9 ^e —	387 —
1935 —	10 ^e —	410 —

L'enfant sorti le 13 novembre, 8 jours après, pesant 2.050 grammes.

Cette observation est intéressante, en ce qu'elle montre combien rapidement ces enfants si faiblement constitués peuvent perdre du poids, et combien il leur faut de temps pour regagner le terrain perdu.

L'enfant cité ci-dessus n'a pas été revu. Par contre nous possédons quelques pesées se rapportant à des enfants du même terme, et portant sur une plus longue période.

L'enfant Dum..., Edouard, né en ville, le 16 avril 1894, a été apporté à la Crèche le 17 avril, son terme est de 7 mois environ, son poids de 1,500 grammes. Il est sorti de la Maternité le 18 juin pesant 2,140 grammes.

Poids	Dates
1.580 grammes.	16 avril.
2.140 »	18 juin.
2.230 »	25 juin.
2.300 »	28 juin.
2.380 »	13 juillet.
3.110 »	9 août.
3.400 »	16 août.
3.500 »	21 août.
3.770 »	28 août.
3.950 »	5 septembre.
4.120 »	12 septembre.
4.300 »	20 septembre.
4.480 »	3 octobre.
4.540 »	10 octobre.
4.660 »	16 octobre.
4.690 »	26 octobre.

Cet enfant était élevé au sein.

L'enfant Beaud..., né en ville, le 1^{er} janvier 1894, est entré le 2 janvier. C'était un enfant du terme de 7 mois, il pèse 1760 gr. Il a séjourné à la Maternité jusqu'au 30 mars 1894. Son poids de sortie était de 2,170 gr. Après son départ, il a été alimenté avec du lait de vache coupé d'eau, malgré tous les conseils que l'on a pu donner à la mère :

Poids	Dates
1.760 grammes.	1 janvier.
2.170 —	30 avril.
3.160 —	8 mai.
3.640 —	11 juin.
4.430 —	20 juillet.
5.110 —	5 septembre.

A ce moment l'enfant a été envoyé en nourrice dans la Sarthe et élevé au biberon. Nous n'avons pu en avoir de nouvelles.

Les enfants *du terme de 7 mois 1/2* ont, d'après nos tableaux, un poids moyen de 1,900 grammes environ à leur naissance. L'examen a porté sur 26 enfants.

L'enfant Loy..., né au terme de 7 mois 1/2, le 2 août 1894, est apporté à la Crèche, le jour même de sa naissance; il y séjourne jusqu'au 8 octobre. Il a présenté à son entrée des plaques de sclérème, et son développement a été long et difficile.

Le poids d'entrée était de. 1950 gr.
Le poids de sortie de. 2130 »

Les phases du développement ont été les suivantes :

Poids à l'entrée : 1.950 grammes.

Poids		Quantité quotidienne de lait
1 800 gr.	1 ^{re} semaine	125 gr.
1.700 —	2 ^{me} —	133 —
1.700 —	3 ^{me} —	190 —
1 665 —	4 ^{me} —	210 —
1.680 —	5 ^{me} —	240 —
1.740 —	6 ^{me} —	258 —
1.810 —	7 ^{me} —	324 —
1.960 —	8 ^{me} —	390 —
2.080 —	9 ^{me} —	418 —

L'enfant sort quatre jours plus tard, le 8 octobre 1894, pesant 2.130 grammes. Il a été revu le 29 juin 1895, pesant 8 k. 280 ; il a actuellement 12 dents.

Les enfants du *terme de 8 mois* nous ont présenté en moyenne le poids de 2.150 grammes. L'examen a porté sur 36 d'entre eux. Nous n'avons malheureusement pas d'observations semblables aux précédentes pour les enfants prématurés de huit mois et nous devons nous contenter de donner les poids successifs de l'un d'eux.

L'enfant Edouard Vil..., né en ville le 29 janvier 1894, est apporté le 2 février. Il séjourne à la Crèche jusqu'au 6 mars 1894.

Poids à l'entrée

1720 gr. 2 février

A la sortie

2040 gr. 6 mars

Poids ultérieurs

3230 gr. 26 mars

4500 — 20 juin

5670 — 22 août

L'enfant a été revu en très bon état en mars 1895, mais il n'a pas été pesé.

Il nous a paru intéressant de donner comme terme de comparaison, avec les tableaux précédents, les augmentations en poids par septenaires, et les quantités quotidiennes de lait absorbées par un enfant de 9 mois, normal et bien portant, élevé au sein.

L'enfant C. . . , a été apporté à la Crèche le 3 juin, jour de sa naissance.

Poids		Quantité quotidienne de lait
3,000 gr . . .	1 ^{re} semaine . . .	332 grammes.
3,130 — . . .	2 ^e — . . .	524 —
3,400 — . . .	3 ^e — . . .	582 —
3,630 — . . .	4 ^e — . . .	610 —
3,800 — . . .	5 ^e — . . .	695 —

Il semble y avoir peu de conclusions à tirer des chiffres que nous venons de donner. D'une façon générale, le poids du lait absorbé est bien en rapport avec le poids de l'enfant, mais ce n'est pas là une loi absolument constante. L'on voit, d'ailleurs, dans certains cas, le poids de l'enfant augmenter durant un septenaire, bien que la quantité de lait absorbé reste un peu inférieure à ce qu'elle était la semaine précédente. Il serait donc tout à fait imprudent de vouloir faire prendre à l'enfant des quantités théoriques de lait, calculées d'après son poids. On s'exposerait à provoquer ainsi des dyspepsies d'autant plus dangereuses, que l'enfant est plus jeune et plus faible, dyspepsies qui seraient rapidement suivies de diarrhée. En tous cas, on irait à l'encontre du but cherché. Chavanne a, dans sa thèse, publié une

courbe intéressante, se rapportant à un enfant ainsi suralimenté et diminuant de poids, à la suite de cette surcharge alimentaire.

La capacité stomacale, variable suivant les enfants, la tolérance de l'organe, ont des limites qu'il ne faut pas vouloir dépasser, et le gavage ne sera efficace qu'à condition de respecter cette règle essentielle. Nous aurions voulu pouvoir suivre nos enfants plus longtemps et publier leurs poids pendant une plus longue période. On sait combien cela est difficile dans le milieu hospitalier. Nous espérons que cette lacune sera un jour comblée.

Nous devons étudier maintenant comment se répartissent les accroissements en poids des enfants nés prématurément. La répartition de cet accroissement se fait comme on le verra d'une façon assez différente de ce qu'elle est chez l'enfant normal.

II

Lorsque l'on étudie la courbe fournie par la pesée quotidienne d'un enfant à la mamelle, on constate, dans l'immense majorité des cas, il s'agit d'un enfant normal, qu'après une période de deux ou trois jours environ (Laure), pendant laquelle le poids de l'enfant diminue de 170 grammes en moyenne, l'augmentation se fait ensuite progressivement, jour par jour. Cette perte de poids des premiers jours est due en partie, sans aucun doute, à l'expulsion du méconium; mais comme la quantité moyenne de celui-ci ne dépasse pas 70 ou 75 grammes, il faut bien admettre que le nouveau-né *souffre* par suite du changement de milieu. On sait que les enfants nés par le siège, à la suite d'un travail peu prolongé, mais après avoir expulsé leur méconium, diminuent moins que les autres enfants : mais ils diminuent.

Les enfants nés prématurément, ceux qui, suivant l'expression d'un vieil auteur français sont « *non encore venus au temps d'estre meurs* » ; ceux-là vont avoir à subir les influences d'un milieu *qui n'est pas approprié* à l'état imparfait de leurs organes. Nous avons vu déjà combien la nutrition de ces enfants était languissante, combien leur accroissement quotidien était faible. La perte de poids ne sera pas d'une façon moyenne plus accentuée chez eux qu'elle ne l'est chez l'enfant normal. A ne

considérer que les chiffres bruts, sauf les cas morbides, elle lui est même inférieure. Mais elle « portera » davantage, car au lieu de récupérer rapidement son poids primitif, l'enfant restera pendant une période plus ou moins prolongée avec un poids stationnaire. C'est à ce moment aussi qu'il sera le plus sujet aux influences morbides.

Si l'on examine, en effet, comment se répartit la mortalité sur les enfants du terme de sept mois, par exemple, on constate que sur 131 enfants de ce terme entrés en 1894 à la Crèche des Enfants débiles, 76 sont morts; 55 ont survécu après un séjour dont la durée moyenne a été de 51 jours. Or, en recherchant comment se répartit la mortalité, on constate que 31 d'entre eux sont morts pendant les douze jours qui ont suivi leur naissance. Cette faible résistance vitale correspond donc à une longue période de lutte, d'acclimatement à un milieu nouveau, et il est intéressant de la voir se traduire sur les graphiques.

Cette période est d'autant plus longue, avons-nous dit, que le terme de l'enfant est moins avancé. Cependant il faut à ce sujet faire une distinction importante.

Les enfants prématurés doivent, d'après nous, être rangés dans deux catégories bien distinctes. Les uns, et c'est le plus grand nombre, ne sont prématurés — « venus avant d'être mûrs » — que par suite de l'état maladif de leurs auteurs. La prématuration a trop souvent pour cause la syphilis, la tuberculose ou l'alcoolisme chez un des ascendants, si ce n'est chez les deux. Il faut y joindre l'albuminurie de la mère, et les diverses maladies aiguës ou chroniques qu'elle peut contracter pendant la grossesse. On nous concèdera que tous les enfants de

cette catégorie, nés avant terme, sont non seulement des prématurés, mais encore des débiles et des malades.

Les vrais prématurés, il faut les chercher parmi les enfants issus de grossesses gémellaires, ou parmi ceux dont une opération obstétricale a provoqué la naissance précoce. Ceux-là, exempts de tares héréditaires, seront d'un élevage relativement facile, et il serait injuste de faire peser sur eux la mortalité calculée par rapport aux prématurés de même terme, pris en bloc. Il serait dangereux de tirer de cette mortalité des conclusions défavorables à l'accouchement prématuré provoqué (Perret).

En un mot, pour nous, la plupart des prématurés sont des malades. Aussi faut-il s'attendre à voir leur existence, dans les premiers jours au moins, traversée par toute une série de crises. Leur estomac fonctionne et digère mal. L'intestin est intolérant et susceptible au moindre changement d'alimentation. Aussi, la courbe, qui représente l'augmentation journalière de leur poids, est-elle des plus irrégulières et reproduit-elle, non seulement les variations de leur santé, mais encore celles de la santé physique et morale de la nourrice.

Cependant, s'il est impossible de définir un type précis pour toutes ces courbes, la loi que nous avons établie (après beaucoup d'autres et particulièrement après Laure) reste vraie dans son ensemble. Les prématurés augmentent d'autant plus tardivement, et plus lentement, qu'ils sont nés plus tôt.

Le tableau que nous plaçons ci-dessous rend visible le départ tardif et difficile de ces enfants prématurés.

Il montre le développement en poids par semaine d'une jumelle, la petite H..., et nous possédons également le tableau de sa sœur. Les deux tableaux sont en

réalité superposables, et il n'y a de différence que dans le poids terminal. Les deux jumelles étaient au terme de 6 mois 1/2.

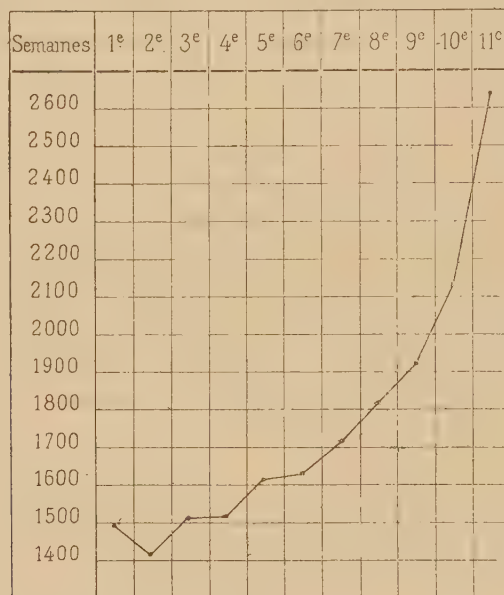


Tableau I

Enfant H. ..., 1^{re} jumelle du terme de 6^m1/2, née et entrée le 21 juillet 1894.

Sortie le 29 septembre 1894.

Poids d'entrée, 1,480 gr.

Poids de sortie, 2,630 gr.

L'autre jumelle pesait le même poids à l'entrée. Son poids de sortie était 2,530 gr. à la même date.

Cette courbe montre chez une enfant, exempte de tare héréditaire, une chute de poids de 100 grammes environ, chute qui persiste durant deux septénaires. C'est là un type assez habituel chez les enfants de 6 mois 1/2.

Cependant il n'est pas constant et il arrive assez souvent que le poids reste simplement stationnaire pen-

dant deux ou trois septenaires. Nous tenons encore à faire remarquer sur la courbe précédente, le rapide accroissement qui s'est effectué pendant les trois dernières semaines. Cet accroissement aussi rapide ne se rencontre guère que dans le cas précité, celui d'un jumeau sans tare héréditaire.

La courbe que nous donnons ci-dessous se rapporte à un enfant du même terme que le précédent, mais d'antécédents moins purs. La chute de poids est moins marquée mais l'accroissement est plus lent et plus difficile. Le poids de naissance est d'ailleurs très faible.

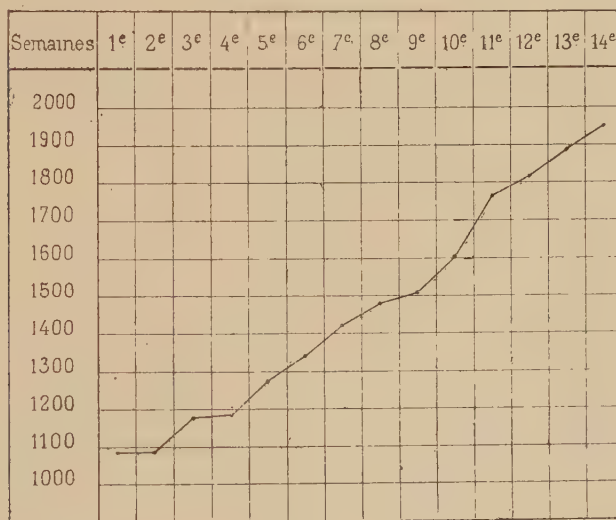


Tableau II

Enfant Lain, ... né six mois et demi, le 28 août 1893, sortit en bon état
le 2 décembre 1893.

Lorsque l'on prend des courbes se rapportant à des enfants d'un terme plus élevé, on voit, comme nous l'avons dit, cette diminution prolongée des premiers jours devenir moins habituelle et moins prononcée. La courbe tend alors à se rapprocher beaucoup de la courbe d'un

enfant normal, mais elle en diffère toujours par le faible taux de l'augmentation.

Les deux tableaux placés ci-dessous montrent deux de ces courbes, l'une chez un enfant du terme de 7 mois, l'autre chez un enfant du terme de 8 mois. On voit que la première présente encore pendant les deux premières semaines un plateau, qui n'existe plus dans la seconde.

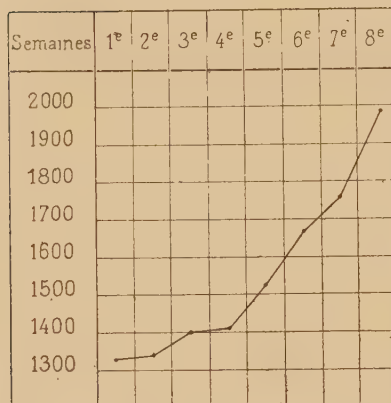


Tableau III.

Enfant Pf.

Né le 24 février 1894; entré le 25 février.

Terme : 7 mois.

Poids d'entrée : 1.350 grammes.

— de sortie : 1.970 —

Date de la sortie : 14 avril 1894.

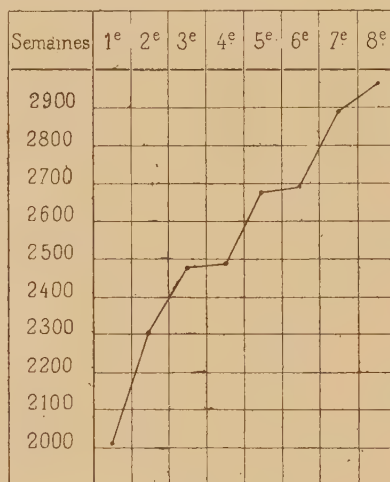


Tableau IV.

Enfant Agn.

Né le 22 mars 1894; entré le 31 mars.

Terme : 8 mois.

Poids d'entrée : 2 010 grammes.

— de sortie : 2.960 —

Date de la sortie : 15 mai 1894.

Nous n'avons point insisté dans ce qui précède sur les pertes de poids des premiers jours. Ce que nous avons à en dire se trouve implicitement compris dans les quelques faits que nous venons d'exposer.

Nous rappellerons les conclusions de Grégory qui, en 1871, déclarait « que les enfants avant terme nourris au sein présentent une perte initiale ne différant pas beaucoup de celle des enfants à terme ». Laure, dans sa thèse de

1889, critique avec raison les conclusions trop générales et trop vagues de cet auteur. Les statistiques que ce dernier auteur fournit sur ce point particulier de la question, bien que portant sur un petit nombre d'enfants, sont conformes aux nôtres, mais il n'a pas observé d'enfants du terme de six mois et demi. Nous tenons à citer textuellement ce qu'il dit des enfants du terme de huit mois et de sept mois :

« Les seize enfants âgés de huit mois se développent dans d'excellentes conditions. Leur perte initiale, loin d'être plus considérable que celle des enfants à terme, est au contraire bien moindre. La moyenne est ici de 115 gr. au lieu d'être de 175 gr. comme pour le nouveau-né à terme. Recherchons-nous l'espace de temps nécessaire à ces enfants pour reprendre leur poids de naissance, nous n'avons pas lieu d'être moins satisfait. Tous, à l'exception de trois, ont repris ce qu'ils avaient perdu au huitième jour. La situation des enfants âgés de sept mois est moins brillante : leur perte primitive n'est pourtant pas bien considérable, cinq d'entre eux ne perdant que 60 gr., mais la colonne indiquant le jour de la reprise du poids de naissance nous montre que pour l'un ce jour est le quatorzième, que trois autres au moment de leur sortie, le huitième jour, étaient encore au-dessous du poids de naissance. Puis nous trouvons les chiffres 10, 9, 7 et 4 ». (Laure, thèse de Paris 1889, page 59) ». Nos conclusions sont semblables à celles de l'auteur, mais nous sommes un peu moins optimistes que lui, sur le sort réservé aux enfants de huit mois.

Les règles précédentes sont d'ailleurs soumises à de nombreuses exceptions, et ce n'est souvent qu'après une lutte prolongée que l'enfant prématuré parvient à surmonter les conditions défavorables où il se trouve placé.

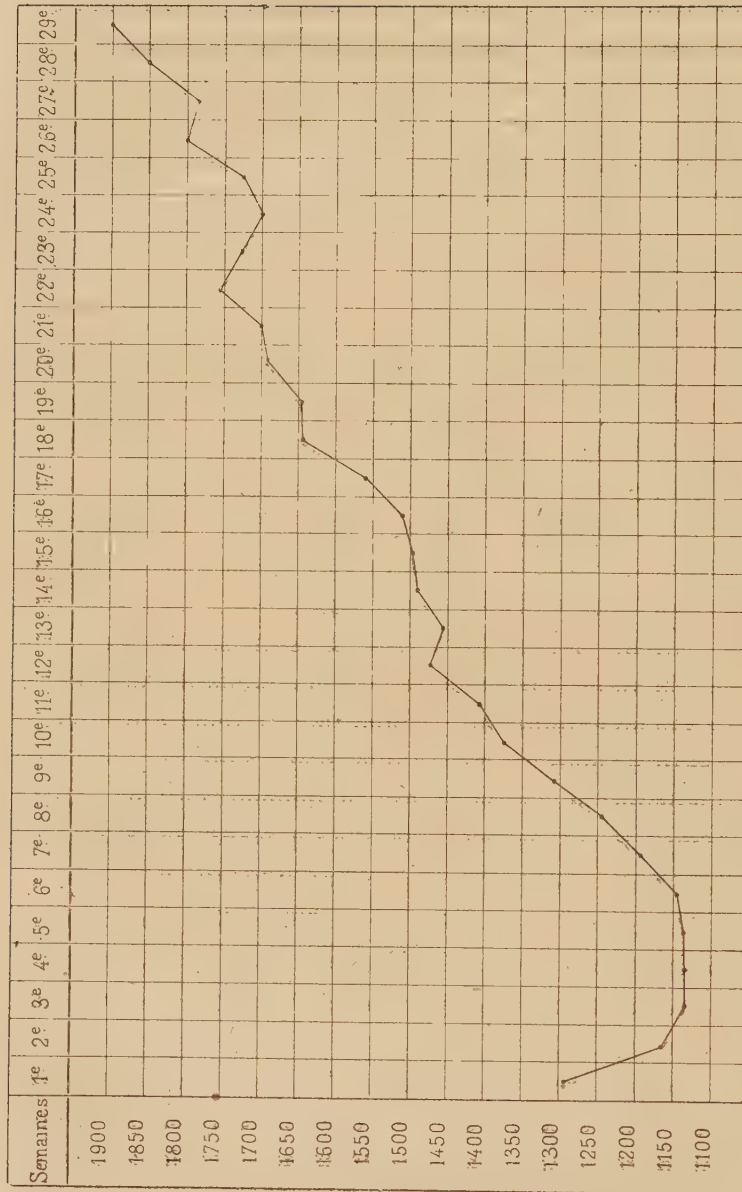


Tableau V.

Nous avons tenu à donner une observation montrant que par des soins persévérants l'on peut arriver à sauver certains enfants qui paraissaient à l'avance voués à la mort.

L'enfant dont nous donnons le graphique ci-contre est un exemple de ce que nous avançons. (Tableau V).

L'enfant Ko... entre au pavillon des enfants débiles le lendemain de sa naissance, le 3 juin 1894. Faible et gélatineux, du poids de 1,340 gr., l'enfant est mis dans une couveuse et nourri à l'aide du lait de femme. En même temps que lui, entre son frère jumeau du poids de 1,290 gr. Rien dans les antécédents de ces deux enfants n'éveille l'attention. On les considère comme étant du terme de six mois et demi. Ils sont mis au sein mais prennent de moins en moins de lait. Le second jumeau, celui de 1,290 gr., meurt le 11 juin.

Le premier jumeau est alors gavé et on lui donne en outre du grog léger. Son poids, qui a diminué pendant les trois premières semaines, reste stationnaire pendant quatre autres semaines, puis à partir du second mois il commence à augmenter lentement mais régulièrement.

Le 12 août, l'enfant, présentant au siège des plaques muqueuses, est élevé au verre et à la gavageuse, mais avec du lait de femme. En même temps on institue le traitement spécifique. L'enfant prend journallement 15 centigrammes d'iodure de potassium, puis 20 gouttes et ensuite 40 de liqueur de Van Swieten. Cependant les plaques ont encore augmenté d'étendue. On en trouve jusque sur les organes génitaux, quinze jours après la première apparition. Vers la même période apparaissent des ulcérations de même nature, vers les commissures labiales.

L'état général de l'enfant reste le même jusqu'au 17 septembre. Il a maintenant du coryza. A cette époque

on abandonne la liqueur de Van Swieten. Au bout de quinze jours environ on fait des frictions alternativement avec de l'onguent mercuriel et une pommade à l'iodure de potassium. Durant toute cette période l'enfant augmente lentement mais d'une façon constante. Les frictions sont continuées jusqu'au 2 novembre. Du 2 novembre au 29, liqueur de Van Swieten. L'enfant a d'ailleurs été sorti de la couveuse à la fin du mois de septembre.

Il sort de la Maternité le 14 décembre 1894, pesant 1,900 gr., ne présentant plus de manifestations syphilitiques en voie d'activité. Des instructions sont données aux parents pour le traitement.

Cet enfant, âgé actuellement d'un an, a été revu en juin 1895. Il pesait 5 kilogr. Il avait deux incisives inférieures et semblait bien portant.

Que cet enfant soit un syphilitique héréditaire, il n'y a à ce sujet aucun doute. Mais qui ne connaît des syphilitiques héréditaires, enfants, adolescents, ou adultes, qui vivent, et qui sont heureux de vivre. Pour notre compte, nous en connaissons deux ; l'un, actuellement âgé de 20 ans, est en réalité bien portant et intelligent, bien que malingre ; l'autre, âgé de 7 ans, né en pleine période active de la syphilis paternelle, ayant eu lui-même des accidents après sa naissance, mais soigné par le père d'une façon intelligente et rationnelle, est très vigoureux et personne ne se douterait à le voir qu'il est sous le coup d'une tare héréditaire.

Nous avons voulu enfin examiner comment se comportait la courbe des enfants prématurés en cas de mort. L'on a dit que beaucoup de ces enfants mouraient sans perdre de leur poids d'une façon appréciable. Cela est vrai d'une manière générale. Les prématurés

meurent habituellement en perdant peu de poids. Mais il faut bien savoir que ce peu est proportionné à leurs faibles dimensions.

Nous avons eu l'occasion de voir un enfant assez caractéristique à ce sujet. C'était un enfant du terme de 7 mois 1/2 environ, pesant 1800 gr. le jour de l'entrée, jour même de la naissance. On s'aperçut que cet enfant rejetait le lait aussitôt pris, et l'on essaya de le gaver. La sonde ne put passer et l'on en conclut, en y ajoutant divers signes, qu'il y avait un rétrécissement tout au moins, mais plutôt une imperforation de l'œsophage. Ce fut cette dernière hypothèse qui se trouva justifiée comme le démontra l'autopsie, car l'enfant mourut, comme de juste, 3 jours plus tard. Or, au moment de sa mort, il ne pesait plus que 1,630 gr. L'enfant, il est vrai, avait rendu du méconium mais en trop faible quantité pour expliquer la différence de poids.

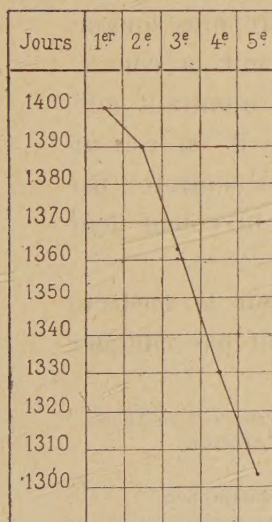


Tableau VI
Enfant De..., né le 4 mars 1894.
Entré le même jour.
Terme 6 mois 1/2.
Mort le 8 mars.

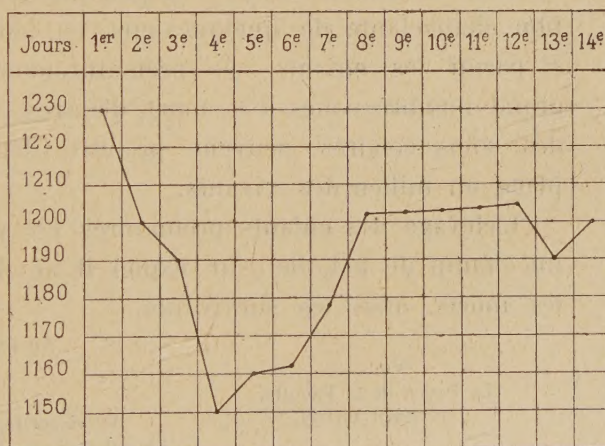


Tableau VII
Enfant Rem..., né en ville le 28 février 1894.
Terme 6 mois 1/2
Entré le 2 mars. Poids d'entrée : 1.230 grammes
Poids au moment de la mort, 15 mars : 1.200 grammes.

Les deux courbes que nous plaçons ci-contre nous paraissent répondre aux deux types les plus habituels.

Dans l'une on voit la mort survenir après cinq jours et une perte de poids de 100 grammes.

Pendant les derniers jours l'enfant a eu plusieurs accès de cyanose.

Dans l'autre, on voit après une chute de poids assez considérable, l'enfant soumis au gavage se relever, regagner une partie du terrain perdu, mais succomber cependant au bout de 14 jours.

Telles sont les données principales que nous avons pu recueillir sur l'accroissement en poids des enfants nés prématurément. Notre travail n'a d'autre mérite, s'il en a un, que de porter sur un nombre assez considérable d'enfants, examinés pendant une période, encore trop courte à notre gré, mais que nous n'avons pu faire plus longue.

Nous serions heureux s'il pouvait affermir la conviction chancelante de quelques-uns, en leur montrant que, si parmi les enfants nés prématurément, il en est un grand nombre voués à la mort, d'autres, au contraire, par des soins éclairés, peuvent prendre définitivement leur place au milieu des vivants.

L'élevage des enfants prématurés est pour le médecin un champ de bataille, sur lequel il ne doit pas compter les morts, mais les survivants.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
P. BROUARDEL.

Vu le Président de Thèse,
TARNIER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

